

阿托伐他汀治疗心肌梗死的临床分析

杨四春

(江西省进贤县人民医院 进贤 331700)

关键词:阿托伐他汀;心肌梗死;临床效果

中图分类号:R541.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.037

心肌梗死是指由于冠状动脉闭塞导致血流中断,心肌长时间持续缺血导致坏死,具有发病急、病情重和致死率高等特点。当前对急性心肌梗死治疗的主要手段是通过静脉溶栓和经皮冠状动脉腔内形成术进行治疗,恢复动脉畅通,降低濒死心肌和病死率。血脂异常是导致心肌梗死患者死亡的重要原因,对其进行控制具有重要意义^[1]。阿托伐他汀为降脂药物,在心肌梗死治疗中的应用取得一定效果。本文选取我院收治的心肌梗死患者 80 例进行研究,对阿托伐他汀治疗心肌梗死的临床效果进行分析。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 1 月~2012 年 1 月我院收治的心肌梗死患者 80 例,男 42 例,女 38 例;年龄 35~76 岁,平均 55.5 岁;前壁心肌梗死 23 例,侧壁心肌梗死 20 例,下壁心肌梗死 17 例,后壁心肌梗死 15 例,合并患者 5 例。随机分为观察组和对照组各 40 例,两组患者在性别、年龄和病情方面对比无显著性差异,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规治疗方法进行治疗,包括抗凝剂、硝酸盐、溶栓剂、 β -受体阻滞剂等进行治疗;观察组在对照组基础上,加用阿托伐他

心肌酶学检查和心电图检查均正常。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

1.5 结果 治疗组未愈 2 例,好转 10 例,痊愈 38 例,治疗总有效率 96.0%;对照组未愈 14 例,好转 7 例,痊愈 9 例,治疗总有效率 53.3%。治疗组总有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义 ($P<0.05$);两组患者均未出现明显不良反应。

2 讨论

病毒性心肌炎是由多种嗜心性病毒侵犯心脏,进而所导致的以间质炎性细胞浸润、心肌细胞坏死、心肌细胞变性等为主要病理表现的弥漫性或者局限性非特异性心脏炎症性疾病^[2]。病毒性心肌炎的绝大多数患者主诉为心律失常,常见心前区隐痛、胸闷、心悸、乏力、头痛等临床症状。其好发季节为夏季和秋季,以四十岁以下成年人以及儿童居多,并且男性患者明显多于女性患者。现阶段,病毒性心肌炎的发病机制尚待进一步研究证实。

病毒性心肌炎按照病程可以分成四期,也就是急性期、恢复期、迁延期以及后遗症期,该过程体现出疾病整个过程中阴阳盛衰和邪正相争的病理变化。在中医临床上,各个医家也是多分期论治,并且以此为基础进行分型治疗。其中,病毒性心肌炎在急性期的主要表现是舌红脉数、口干咽痛、咳嗽和

发热等风热犯肺证,患者容易出现心络不通、心神不宁、心脉不利、心脉不整、血不养心、心气不足等,如果在急性期能够得到合理有效的治疗,便能够祛病痊愈,而如果误治或者失治,则会出现血脉瘀滞、气行不畅、气阴更虚、水液代谢失常、阴阳失衡,进而使得疾病迁延不愈。其病变过程中的主要病理产物是痰浊、瘀血,在整个疾病过程中还会贯穿气阴两虚的病理变化^[3]。所以,病毒性心肌炎病机的关键便是“毒”、“瘀”、“虚”,治疗应当以养阴益气贯穿始末。其中,急性期应当以驱邪外出和解毒清热为主,中后期应当以解毒为主,而后遗症期则应当以通络活血为主^[4]。西医的主要治疗方法是对症支持治疗,尚未有特效疗法,而我国的中医辨证论治在病毒性心肌炎的治疗上具备着多靶点和整体性等突出特色,有着良好的疗效与独特的优势。中药黄芪注射液有着抗病、免疫调节的作用,可有效改善心电图和异常心肌酶,并且还有助于保护心肌。综上,中药黄芪注射液结合西药治疗病毒性心肌炎效果显著,可提高病毒性心肌炎的治疗水平以及患者的生活质量。

参考文献

[1]刘中华.中医治疗病毒性心肌炎临床浅见[J].光明中医,2011,26(7):1 454-1 455
[2]李宪章.中医治疗病毒性心肌炎 80 例[J].中国中医药现代远程教育,2011,9(3):175-176
[3]郭昌辉.108 例病毒性心肌炎的中医药治疗分析[J].中国中医药咨讯,2012,4(3):311
[4]周亚滨,翟文姬.病毒性心肌炎的中医治疗进展[J].中医临床研究,2013,5(3):121-122

(收稿日期:2013-06-17)

支气管镜肺泡灌洗在机械通气患者中的临床效果观察

叶培富

(江西省萍乡市人民医院 萍乡 337000)

关键词:机械通气;支气管镜肺泡灌洗;临床效果

中图分类号:R 562.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.09.038

呼吸功能障碍患者需进行机械通气治疗,借助呼吸机建立气道口与肺泡间的压力差,通过机械装置代替、控制或改变自主呼吸的通气方式。但机械通气时间过长或应用不当很容易引起患者呼吸道感染、痰多、痰黏稠等不良反应,而支气管镜肺泡灌洗具有准确、有效、不良反应少等优点,应用效果较好^[1]。本文选取 2010 年 12 月~2012 年 12 月我院收治的 60 例机械通气患者作为观察对象,并对其临

汀进行治疗,每次 10 mg,每天 2 次。两组患者均以 3 个月为 1 个疗程。

1.3 观察指标 对两组患者血脂水平改善效果、心肌梗死改善情况以及不良反应发生情况进行观察和对比分析。

1.4 疗效评价标准 治愈:临床症状基本消失,血清酶恢复正常水平,心电图稳定,并发症得到控制,可以实现生活自理;有效:临床症状显著好转,血清酶正常,心电图基本稳定,并发症得到控制,遗留异常 Q 波和 T 波异常;无效:临床症状未改善、心电图表现和并发症等未改善甚至加重。总有效率 = 治愈率 + 有效率^[2]。

1.5 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计,计量资料采用($\bar{X} \pm S$)表示,进行 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果对比 经治疗后,观察组治疗总有效率为 97.5%,显著高于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者心肌梗死治疗效果对比 例					
组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	40	10	22	8	80.0
观察组	40	16	23	1	97.5

2.2 两组患者治疗前后血脂水平改善情况对比 两组患者治疗前 TG、TC、HDL、LDL 对比均无显著性差异,两组治疗后均较治疗前有所改善,且观察组改善水平明显优于对照组,差异显著 ($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 不良反应 两组治疗期间均未出现较为严重的不良反应,两组对比无显著性差异。

床治疗进行分析。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2010 年 12 月~2012 年 12 月我院收治的 60 例机械通气患者作为观察对象,所有患者经常规检查确定有明显的肺部感染、肺部有湿罗音、气道压大于 45 mmHg。将 60 例患者随机分为观察组与对照组各 30 例:观察组中男性 15 例,女性 15 例;年龄 30~75 岁,平均 (46 ± 6.2) 岁;病程

表 2 两组患者治疗前后血脂水平改善情况对比 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L					
组别	时间	TG	TC	HDL	LDL
对照组	治疗前	1.93± 0.45	5.39± 0.65	1.16± 0.45	3.62± 0.65
	治疗后	1.49± 0.55	4.88± 0.54	1.10± 0.46	3.38± 0.55
观察组	治疗前	1.91± 0.55	5.28± 0.74	1.14± 0.48	3.68± 0.62
	治疗后	1.12± 0.61	3.98± 0.54	1.01± 0.21	2.25± 0.35

3 讨论

阿托伐他汀为一种降脂药物,可起到降低血脂、改善心功能、抑制粥样硬化斑块、增强内皮细胞功能、减轻炎症以及缓解氧化应激反应等作用。阿托伐他汀治疗心肌梗死的作用机制可能为:控制钠离子及钾离子通道,延迟由于缺氧导致的新生心肌细胞坏死时间;抑制血管紧张素 II 活性,阻断与心肌肥厚以及纤维化相关的细胞内信号传播途径以及基因表达;减少氧自由基;促进内皮细胞释放 NO,改善内皮功能,保护心脏;促进新生血管形成等^[3]。

本组研究中,观察组患者在常规治疗的基础上,采用阿托伐他汀进行治疗,心肌梗死治疗总有效率为 97.5%,显著优于对照组 (80.0%),两组对比差异显著,具有统计学意义 ($P < 0.05$)。在血脂水平改善方面,两组患者治疗前 TG、TC、HDL、LDL 对比均无显著性差异,两组治疗后均较治疗前有所改善,且观察组改善水平明显优于对照组,对比差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结果表明,阿托伐他汀治疗心肌梗死具有较为显著的临床效果,值得临床应用。

参考文献

[1]曹伟.阿托伐他汀治疗心肌梗死患者的临床效果探讨[J].中国医药指南,2013,11(2):226-227
[2]吕亚林.阿托伐他汀治疗心肌梗死的效果观察[J].基层医学论坛,2012,16(26):3 466-3 467
[3]韩丽英,邵丽莉,常超,等.阿托伐他汀治疗心肌梗死疗效分析[J].浙江临床医学,2012,14(8):952-953

(收稿日期: 2013-08-22)